

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1972 - N° 311

**LE SERVICE D'URGENCE MÉDICALE
TOXICOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE
(Activité en 1971)**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1972

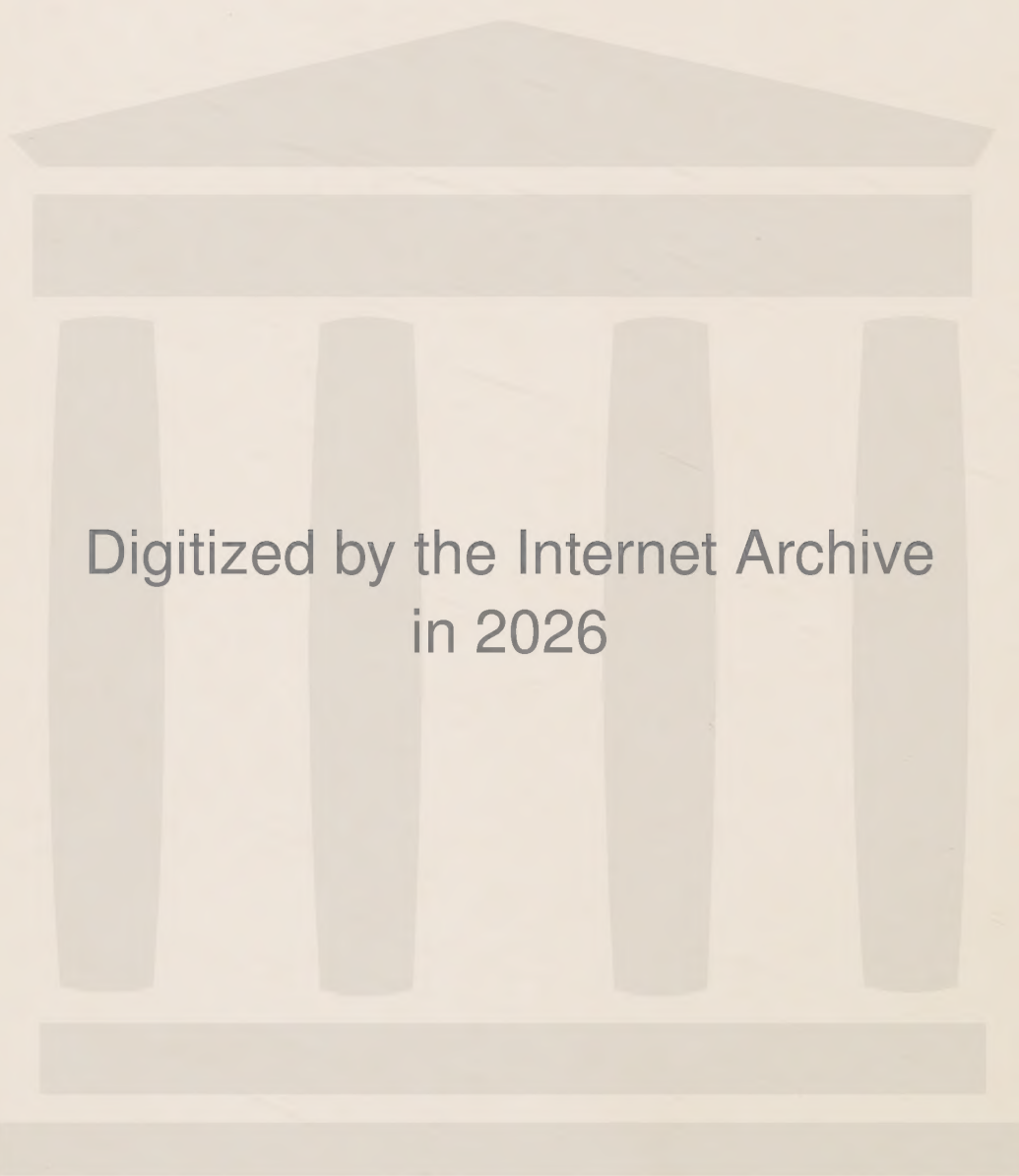
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gilbert GOUBIER

né le 24 Novembre 1943

à LYON 3° (Rhône)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552607_0041

UNIVERSITÉ CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE -
U. E. R. GRANGE-BLANCHE

Année 1972 - N° 311

**LE SERVICE D'URGENCE MÉDICALE
TOXICOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE
(Activité en 1971)**

THÈSE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1972
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gilbert GOUBIER

né le 24 Novembre 1943

à LYON 3° (Rhône)

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

- Président de l'Université : J. BOLDIN
- Premier Vice-Président : R. TOURAINE

Secrétaire Général : M. IZAUTE

Unité d'Enseignement et de Recherche de l'Université Médecine

Grange Blanche - Directeur : Professeur D. GERMAIN
Alexis Carrel - Directeur : Professeur C. GIROD
Sud-Ouest - Directeur : Professeur F. TOLOT
Lyon Nord - Directeur : Professeur A. BERTOYE

Biologie humaine - Directeur : Docteur R. CZYBA (Maître de Conférences
Agrégé)

Techniques de Réadaptation - Directeur : Professeur P. MOUNIER-KUHN
Sciences pharmaceutiques - Directeur : M. CARRAZ (Maître de Conférences
Agrégé)

Sciences odontologiques - Directeur : Docteur R. VINCENT
Institut Régional d'Education Physique et Sportive - Directeur :
Professeur R. GUILLET

Mathématiques - Directeur : Doyen BRACONNIER

Physique - Directeur : Professeur DUPAY

Chimie et Biochimie - Directeur : Professeur GAUTHERON

Sciences de la nature - Directeur : Professeur L. DAVID

Biodynamique et psychopédagogie - Directeur : Professeur J. CHANEL

Institut Universitaire de Technologie n° 1 - Directeur:Professeur L. FEUVRAIS

Institut Universitaire de Technologie n° 2 - Directeur:Professeur GALLET,
Directeur ENSAM

Observatoire - Directeur : Professeur J.H. BIGAY

Physique nucléaire - Directeur : Professeur A. SARRAZIN

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON

U.E.R. MEDECINE GRANGE-BLANCHE

Directeur de l'U.E.R. Grange-Blanche : D. GERMAIN

1er Assesseur : J. PASQUIER

PROFESSEURS

MM. J. CIBERT		Clinique urologique
M. LEVRAT		Clinique Médicale A
R. SOHIER		Bactériologie - virologie - immunologie
A. BADINAND		Chimie analytique pharmaceutique
J. COUDERT		Parasitologie et pathologie exotique
H. THIERS		Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
M. DARGENT		Clinique carcinologique
P. GALY		Physio-pathologie des voies respiratoires
J. PAPILLON		Radiologie
P. MONNET		Clinique médicale infantile B
A. TRILLAT		Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
J. LECUIRE	(1)	Neurochirurgie
J.F. CIER		Physiologie A
P. MICHAUD		Clinique de chirurgie cardiaque
G. FAUCON		Biologie médicale et pharmacodynamie
G. VIGNON		Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale
P. MAGNIN		Clinique obstétricale
M. JOUVET		Pathologie générale et expérimentale
R. GUILLET	(1)	Chirurgie générale
R. CREYSSEL	(1)	Chimie biologique
M. JAUBERT de		
BEAUJEU	(1)	Chirurgie générale - Clinique de chirurgie infantile
J. FEROLDI		Anatomie pathologique
R. HUGONNIER		Clinique ophtalmologique
B. SCHOTT	(1)	Neuro-psychiatrique

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. M. COLIN	Médecine légale
J.O. PEYRIN	Physique biologique
A. PERRIN	Médecine générale
D. GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie

(1) - Professeurs à titre personnel.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM.	R. LAMBERT	Médecine générale
	R. FLANDROIS	Physiologie
	J. BRUNE	Médecine générale et thérapeutique
	H. DEJOUR	Orthopédie et traumatologie
	A. MORGON	Oto-Rhino-Laryngologie
	J. MOTIN	Anesthésiologie
	J. PASQUIER	Médecine générale et thérapeutique
	J.C. CZYBA	Histologie et embryologie
	J. FAVRE-GILLY	Hématologie
	M. AMIEL	Radiologie
	M. BOCHU	Radiologie
	J. CHASSIGNOLLE	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	D. DARGENT	Gynécologie, obstétrique
	L. DURAND	Ophtalmologie
	P. ESPINASSE	Biophysique
	A. FROMENT	Cardiologie
Mme	M. HENRY	Bactériologie, virologie
	B. SALLE	Pédiatrie, génétique médicale
	P. ZECH	Néphrologie
	G. NOEL	Médecine interne

AGREGES EN EXERCICE

M.P. DUMAS	Stomatologie
------------	--------------

EXAMINATEURS DE LA THESE :

PRESIDENT : MONSIEUR LE PROFESSEUR L. ROCHE

ASSESSEURS : MONSIEUR LE PROFESSEUR M. COLIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE VIALA
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE PALIARD

A MAMA

*L'expérience acquise au cours de tant d'années
n'est pas l'unique justification de sa grande
sagesse.*

A VALERIE

Elle m'émerveille chaque jour davantage.

A MA FEMME

*Sa volonté de vouloir réussir tout ce qu'elle
entreprend m'est d'un grand secours.*

A MES PARENTS

*Que le couple qu'ils forment soit pour moi
un exemple.*

A MA BELLE-MERE

A CLAUDE ET DANIELLE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHE

*Il nous a fait le grand honneur
d'accepter de présider cette thèse.*

*Il a bien voulu inspirer le sujet
de cette Thèse, nous éclairer de ses
conseils et de participer à sa rédaction.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre respectueuse
gratitude.*

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSUER COLIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE VIALA

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE PALIARD

*Ils nous ont fait l'honneur d'être
nos juges.*

*Qu'ils veuillent bien trouver ici
l'expression de toute notre reconnaissance.*

I N T R O D U C T I O N

L'urgence médicale dans une grande ville, comme l'agglomération lyonnaise pose de multiples problèmes, en effet, l'accroissement de la population ainsi que l'amélioration des techniques médicales de réanimation, font que les entrées au pavillon d'urgence sont de plus en plus nombreuses et le traitement plus spécialisé.

Le nombre d'urgences médicales est plus élevé actuellement que celui des urgences chirurgicales qui ont été considérées pendant longtemps comme la seule urgence au niveau des hôpitaux.

Cette recrudescence de malades exige, bien entendu, un personnel nombreux et surtout formé aux techniques modernes de soins. Les locaux doivent suivre également cette évolution avec un nombre croissant de lits ; d'autre part, du point de vue administratif, les méthodes statistiques permettent une meilleure gestion des pavillons d'urgence. Des problèmes sont également soulevés au niveau des malades et de leur famille : promiscuité, horaires des visites, devenir, souvent préoccupant des malades, en particulier, pour les cas psychiatriques, et sociaux.

Devant toutes ces difficultés, ainsi que les impératifs administratifs, le service d'urgences médicales n'a cessé de se modifier tant par l'importance numérique du personnel, des locaux et de ses lits, que par les divers pavillons qui l'ont accueilli.

Après un bref rappel historique, nous étudierons dans une première partie l'organisation du service d'urgences médicales et toxicologiques, dirigé par le Professeur ROCHE.

Ensuite, nous aborderons l'étude statique de l'activité du service pendant l'année 1971 et enfin, nous essayerons de cerner les problèmes qui se posent aux différents niveaux : malades, personnel et locaux.

CHAPITRE I

=====

H I S T O R I Q U E

C'est le 13 janvier 1961 que fut créé, à l'Hôpital Edouard Herriot, sur décision du conseil d'administration des Hospices civils de LYON, à la demande de son Directeur général, Monsieur VEYRET, le service médical d'urgence de trente cinq lits, au pavillon B.

Le service médical d'urgence fonctionne alors de façon autonome avec, à sa tête, un chef de service et une équipe médicale permanente, habituée aux soins d'urgence.

La première année, le pavillon B accueille 4 292 malades.

En 1962, et pour une durée de deux ans, le service fut muté au pavillon A, et bien que fonctionnant dans le pavillon des urgences médicales, il conserva son autonomie.

En 1963, il y eu 6 840 entrées.

De janvier 1964 à fin 1970, le service médical d'urgence à émigré au fond de l'Hôpital dans le pavillon P. C'est à cette époque que le service a pris de l'ampleur avec 80 lits et plus de 11 000 malades par an. Parallèlement, une sélection s'opéra parmi les différents types d'urgences :

réanimation, urgences médicales pures, malades psychiatriques, cas sociaux, etc....

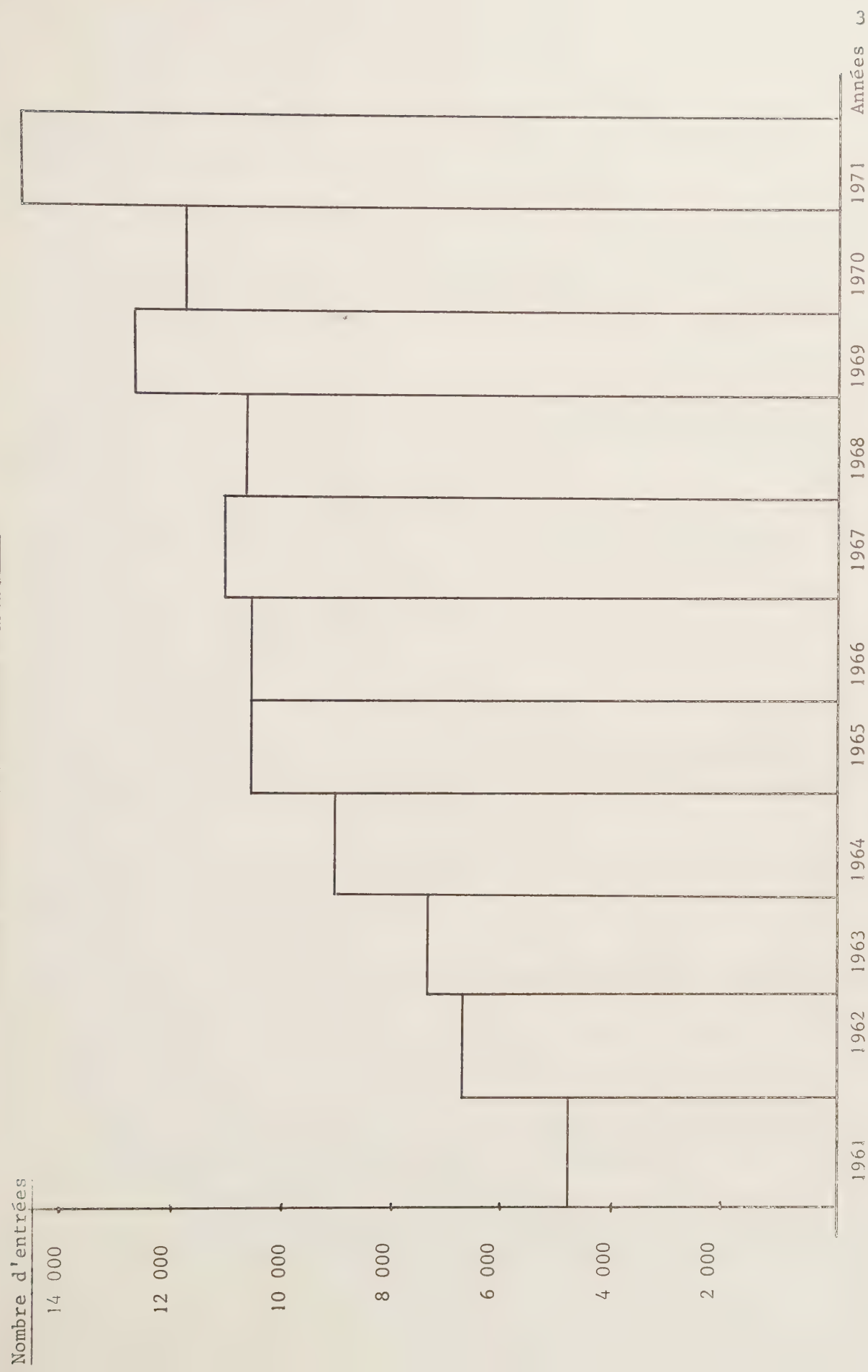
Début 1971, le service s'installa dans les locaux actuels : le pavillon N. L'ébauche de spécialisation des différentes catégories d'urgences pris forme, en divisant l'ancien pavillon P en trois services, plus ou moins indépendants.

N : Réanimation, dirigé par le Professeur agrégé MOTTIN.

N I et N 2 : dirigés par le Professeur ROCHE, N I s'occupant des urgences médicales à orientation psychiatrique et toxicologique, tandis que N 2 est un service accueillant les convalescents de NI et réanimation, ainsi que les malades du Professeur agrégé PALIARD.

N bis 3 - N bis 4 : dirigés par le Professeur VIALA, accueillant les urgences de médecine générale.

NOMBRE D'ENTREES EN FONCTION DES ANNEES



CHAPITRE II

LE SERVICE D'URGENCE MEDICALE - TOXICOLOGIQUE ET PSYCHIATRIQUE

Le service médical d'urgence est installé au pavillon N, sur deux étages ; il occupe la majorité des locaux, la place restante étant à la disposition de quelques service annexes.

Il existe trois services d'urgence relativement indépendants les uns des autres, aussi bien que par le mode de recrutement des malades que par l'équipe médicale.

A / PRINCIPAUX SERVICES D'URGENCE

1°/ N : Réanimation

Il est situé au sous-sol et dirigé par le Professeur agrégé MOTTIN, agrégé d'anesthésie réanimation. Dans ce service sont admis des malades nécessitant une réanimation importante dès leur admission ainsi que soins et surveillance permanents.

Cette unité des soins intensifs fonctionne avec 10 lits possédant tous monitoring, appareils d'assistance respiratoire et possibilité de pratiquer des interventions chirurgicales.

N réanimation accueille surtout :

- des comas avec troubles végétatifs (accidents vasculaires cérébraux, tentatives de suicide, comas toxiques)
- malades en état de mort apparente (noyades, asphyxie, intoxications sévères.....)
- insuffisances hépatiques aiguës (hépatites virales et toxiques)
- infarctus du myocarde, trouble du rythme cardiaque, bien qu'actuellement l'hôpital cardiologique reçoive des malades en urgence, dans son unité de soins intensifs.

Lorsque leur état le permet, ces malades sont souvent mutés dans les autres services d'urgence du pavillon N, afin d'avoir toujours des lits disponibles.

2°/ Service N I et N 2

Ce service est dirigé par :

- le Professeur ROCHE, médecin des hôpitaux, Professeur de médecine générale à la faculté, auquel est adjoint :
- le Professeur agrégé PALIARD, médecin des hôpitaux, agrégé de médecine interne, pour les urgences purement médicales.
- le Professeur COLIN, agrégé de médecine légale pour les cas psychiatriques.
- le Professeur agrégé VEDRINNE.

Ce service se situe au rez-de-chaussée et comprend deux offices :

N I : Service court, qui accueille toutes les urgences médicales, plus particulièrement à orientation toxicologique et psychiatrique. L'étude du fonctionnement de ce service faisant l'objet de cette thèse, sera plus approfondie ultérieurement.

N 2 : 30 lits, service lent dirigé par le Professeur PALIARD, recevant des malades chroniques, ainsi que des anciens malades de N1-N réanimation, ayant passé la période critique. On y trouve également quelques anciens malades psychiatriques de N I, nécessitant une surveillance et une thérapeutique à l'hôpital.

3°/ N Bis 3 - 4

Dirigé par le Professeur VIALA, il occupe tout le 1er étage qui se subdivise en deux offices :

- N bis 3 : 49 lits, service court d'urgences médicales pures,
- N bis 4 : 30 lits, service lent de médecine générale.

B / SERVICES ANNEXES

1°/ Au sous-sol

a - le centre anti-poison.

Dirigé par le Docteur VINCENT, il a deux vocations :

- Assurer le traitement et la surveillance des malades toxiques du service N I et réanimation.
- Répondre aux appels téléphoniques émanant de toute la région et motivés par une intoxication accidentelle ou un suicide.

Ce service emploie une quarantaine de personnes, Chefs de service, attachés, externes, secrétaires. En permanence, un externe enregistre les appels téléphoniques, donne la conduite à tenir face à une intoxication et propose, suivant la gravité de l'affection, un traitement à domicile ou une hospitalisation.

Dès leur entrée, les malades toxicologiques sont examinés par l'externe toxicologique qui instaure un traitement et se charge de la surveillance de ces malades qui seront revus tous les matins par deux attachés.

b - Le centre d'oxygénothérapie hyperbare

Ce centre possède un caisson, une chambre hyperbare, il permet de traiter en oxygène hyperbare de nombreuses affections parmi lesquelles : gangrènes, intoxication à l'oxyde de carbone embolie graisseuse....

Le caisson traite un malade sur brancard, la surveillance se faisant de l'extérieur.

La chambre hyperbare peut contenir 2 lits, surveillés également de l'extérieur, et de plus, un sas permet d'entrer et de sortir de la chambre, sans baisse de pression, afin de permettre des soins continus au malade et de lui assurer une surveillance cardio-vasculaire.

Elle permet également de traiter des malades appareillés comme les polytraumatisés. Le fonctionnement de ce service est assuré par le personnel du centre anti-poison.

c - Le service d'électro-encéphalographie

Dirigé par le Docteur FOURNET, ce service pratique les électroencéphalogrammes de tout l'hôpital Edouard Herriot, et assure les consultations privées d'électroencéphalogrammes. La proximité de ce service est particulièrement utile pour les malades épileptiques et comateux, admis dans le pavillon d'urgences médicales.

d - Le service de consultation

Il recrute deux types de consultants :

- anciens malades du service qui sont suivis régulièrement, en particulier pour les malades psychiatriques,
- ceux relevant de médecine légale, par exemple, expertises demandées par la Sécurité Sociale, ou le Procureur de la République, malades toxicologiques parfois associés à la médecine du travail dans le cadre des intoxications accidentelles survenant sur le lieu du travail.

2° / Au 2ème étage

- Le laboratoire d'hématologie dirigé par le Professeur GERMAIN.
- Le service de consultations neurologiques dirigé par le Professeur agrégé BOURRAT.
- Le service d'électrocardiogramme dirigé par le Docteur BRUN.
- Le service d'exploration fonctionnelle respiratoire dirigé par le Professeur agrégé BRUNE.

C / ETUDE DU FONCTIONNEMENT DE N I

A/ Les locaux

Ce service dirigé par le Professeur ROCHE, bien qu'accueillant toutes les urgences médicales, recrute particulièrement les cas toxicologiques et psychiatriques, ainsi que toutes les hémorragies digestives.

Avec un effectif de 46 lits, en principe, ce service a fréquemment une cinquantaine de malades, car très souvent les chambres à un lit sont doublées.

1°/ Locaux occupés par les lits

Les lits sont répartis en quatre groupes :

a) 4 lits de petite réanimation où sont admis des malades exigeant soins et surveillance quasi permanents :

- hémorragies digestives graves,
- urgences cardio-vasculaires,
- comas sans troubles végétatifs importants, ne nécessitant pas, par conséquence, d'assistance respiratoire constante.

Ces 4 lits sont tous équipés de prise d'air de vide, d'oxygène, d'un appareil à tension artériel et d'un dispositif de perfusion. Se trouve également sur place, tout le matériel et les médicaments de réanimation et de soins intensifs exigés par l'état du malade, lors de son admission ou en cas d'aggravation secondaire.

b) 4 chambres à un lit, occupées parfois par deux lits. Ici, pas de soins permanents, mais une surveillance régulière s'impose. Les occupants de ces lits sont par exemple :

- des urgences psychiatriques (état d'agitation) ayant reçu un traitement sédatif, malades nécessitant un isolement.
- Les accidents vasculaires cérébraux sans troubles respiratoires.
- les hémorragies digestives peu graves ou comas légers.

Les lits de ces deux groupes sont prévus indifféremment pour des malades des deux sexes.

c) Service de garde, Femmes

Il comprend 17 lits répartis en :

- trois boxes de 4 lits
- un box de 5 lits

d) Service de garde, Hommes :

Il comprend 21 lits répartis en :

- quatre boxes de 4 lits
- 1 box de 5 lits.

Le nombre de lits de ces deux services de garde est souvent insuffisant, ce qui oblige le personnel à rajouter des couchettes dans les couloirs.

Le recrutement des malades de ce service est fait parmi :

- les malades en attente de mutation
- les malades médicaux purs, peu graves (bronchite, diarrées aiguës, gripes..)
- les malades toxicologiques peu graves,
- les tentatives de suicide après lavage d'estomac,
- les ivresses,
- les cas sociaux.

Dans ces deux services, les malades ne séjournent, en général, que peu de temps, exception faite des personnes âgées et grabataires, qu'aucun service lent n'accepte facilement.

2°/ Les autres locaux

Dans l'office N I, proprement dit, on trouve :

dans la partie chambre :

- une salle de soins réanimation
- un local pour les externes
- les toilettes dans lesquelles étaient faits les lavages d'estomac
- la réserve des médicaments.

Dans le couloir principal :

- l'office
- le bureau de l'interne et des psychiatres
- le bureau de la cheftaine
- une salle de soins
- une réserve de linge
- toilettes, bains, douches
- une buanderie.

Dans le couloir d'accès au pavillon

- le bureau du Professeur ROCHE
- le bureau du Professeur Agrégé PALLIARD
- le bureau du secrétariat
- la bibliothèque
- la lingerie
- le bureau de l'assistante sociale
- le bureau de la cheftaine major
- la salle de psychotérapie
- les bureaux des Professeurs COLIN et VEDRINNE

3°/ Le personnel

1) Médical

Le personnel médical comprend trois équipes distinctes travaillant en collaboration et dirigées par le Professeur ROCHE, médecin des hôpitaux, professeur de médecine légale à la Faculté.

- une équipe de médecine générale
 - . Professeur agrégé PALIARD, médecin des hôpitaux, agrégé de médecine interne
 - . Docteur DUCLUZEAU, Chef de clinique
 - . 4 internes (une garde de 24 h., 2 fois par semaine dont un week-end toutes les trois semaines)
- une équipe de psychiatrie
 - . Professeur COLIN
 - . Professeur agrégé VEDRINNE
 - . Docteur ROLLAND, Chef de clinique
 - . Attachés : Docteur GONIN - Mme RENAN - Docteur BOTTA
 - . 2 internes
- une équipe de toxicologie
 - . Professeur ROCHE
 - . 2 attachés : Docteur BARRAL - Docteur LERY
- les externes
 - . 7 externes le matin de 9 h. à 13 heures
 - 1 pour les boxes hommes
 - 1 pour les boxes femmes
 - 2 en réanimation
 - 1 en toxicologie
 - 1 en psychiatrie

24 externes permanents qui font des gardes de 13 heures à 9 heures le lendemain matin une fois tous les six jours, par groupe de 4.

Externes semi-permanents, recrutés parmi les anciens externes du service, qui font des gardes de 13 heures à 24 heures.

2) Les infirmières

- une cheftaine major pour tout le pavillon N
- une cheftaine de N I
- une infirmière psychiatrique
- infirmières travaillant alternativement le matin, l'après-midi et la nuit, avec une semaine de matin, un jour de repos, une semaine d'après-midi, un jour de repos, une semaine de matin, deux jours de repos (Week-end) une semaine de nuit, un jour de repos.

3) Le personnel complémentaire

- personnel de service :
 - 8 hôtesses
 - aide-hôtelière
 - 5 servants : 2 le matin - 2 l'après-midi - 1 la nuit
- Secrétariat : 2 secrétaires
- Service social : 2 assistantes sociales, présentes en permanence et recevant les familles le mardi et le jeudi de quatorze à seize heures.

- Conclusions

Le matin, le personnel médical est au complet : chef de service, adjoints, attachés en psychiatrie et toxicologie, deux internes dont un en psychiatrie, sept externes, quatre infirmières aidées par des stagiaires, trois aides-soignantes - deux aide-hôtelières - deux servants - deux hôteses.

A partir de 13 heures, jusqu'à neuf heures le lendemain, le service médical d'urgence fonctionne avec son effectif d'urgence.

- un médecin de garde recruté parmi les assistants médicaux des Hospices civils de Lyon. Il assure une garde de tout le pavillon N pour les cas délicats,
- un interne,
- quatre externes permanents, plus un semi-permanent puis deux pour la nuit,
- deux aide-soignantes,
- deux aide-hôtelières jusqu'à 18 heures,
- deux servants l'après-midi et un la nuit pour brancarder et porter les examens de laboratoire à la pharmacie,
- deux hôteses jusqu'à 21 heures et une pour la nuit.

3°/ Remarques complémentaires

1) Dans un service médical d'urgence, les résultats d'examens demandés à la pharmacie doivent être connus très rapidement, à cet effet, une liaison pavillon N-pharmacie est assurée par un système électronique. Dès que ces résultats sont établis par le laboratoire, les réponses sont imprimées automatiquement sur bande par un appareil installé dans la salle de soins du pavillon N.

2) Les examens radiologiques demandés en urgence sont effectués par le service radiologique des urgences chirurgicales du pavillon A.

3) Service de porte

L'accueil des malades s'effectue au service de porte, situé au centre du bâtiment avec accès facile pour les ambulances et portes à ouverture automatique.

Dans le local d'entrée, on trouve :

- deux boxes d'examen
- deux salles de repos
- une salle d'attente pour les familles
- le bureau des hôteses.

Deux externes de N 1 ou N bis 3 assurent la garde à tour de rôle. Ils sont chargés d'examiner rapidement les malades à l'entrée et de les orienter dans les différents offices.

Les malades sont :

- soit adressés par un médecin avec prière de recevoir (environ 40 % des cas) . Le rôle de l'externe se limite alors à orienter le malade suivant le diagnostic du médecin, en réanimation, ou en urgence psychiatrique et toxicologique, c'est-à-dire N I ou en médecine générale pour N 3 bis ou N I.

- soit transportées par les pompiers, police secours ou ambulance, sans prière de recevoir. Dans ce cas, l'externe de porte est chargé de pratiquer un examen rapide, pour trouver si ce n'est un diagnostic précis, du moins des éléments lui permettant de diriger le malade dans les différents offices.

Lorsque l'état du malade ne semble pas nécessiter une admission d'urgence, l'externe fait appel à l'interne ou même au médecin de garde, qui prend la responsabilité soit de :

- renvoyer le malade chez lui avec un traitement,
- l'adresser à une consultation spécialisée le lendemain,
- l'envoyer pour la nuit, par l'intermédiaire de Police-secours au poste de police dans le cas des ivresses aiguës sans troubles pathologiques,
- le garder dans les salles de repos lorsqu'il s'agit d'un vagabond à héberger pour la nuit,
- l'admettre malgré tout dans le service s'il pose un problème social et bien que ne relevant pas d'urgence médicale.

La partie administrative de l'admission d'un malade est confiée à deux hôtes-ses (une seule la nuit) qui se trouvent au service de porte.

CHAPITRE III

=====

E T U D E S T A T I S T I Q U E

Ces chiffres concernent l'activité de N 1 au cours de l'année 1971. Ils ont été relevés sur les cahiers de soins établis par les infirmières dès la réception du malade.

Le nombre total d'entrées est de 6 404, auxquels il faut ajouter 535 malades de réanimation, mutés dans le service après avoir reçu les soins intensifs nécessités par leur état à N réanimation.

D'après les chiffres officiels fournis par les Hospices Civils de Lyon, le nombre est de 6 442, donc une différence de 38 entrées. Cet état provient de différentes sources :

- malades "chroniques" du service partant et revenant, sans passer par le service de porte,
- malades ayant fugué sans être inscrits officiellement.

La répartition dans les différentes catégories est la suivante :

- médicaux purs,
- psychiatrie,
- toxicomanie,
- intoxication,
- tentatives de suicide,
- ivresse,
- malades venant de réanimation.

Pour chaque diagnostic d'entrée, le service possède différentes fiches d'observation qui permettent :

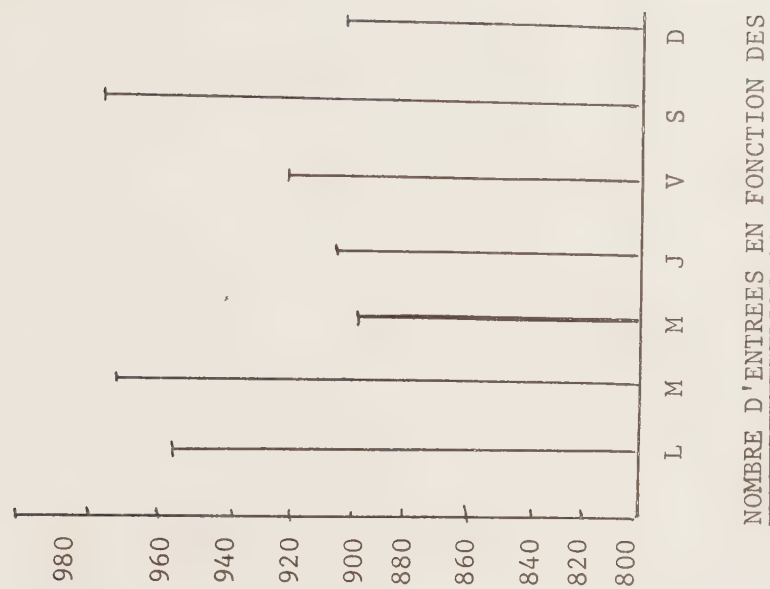
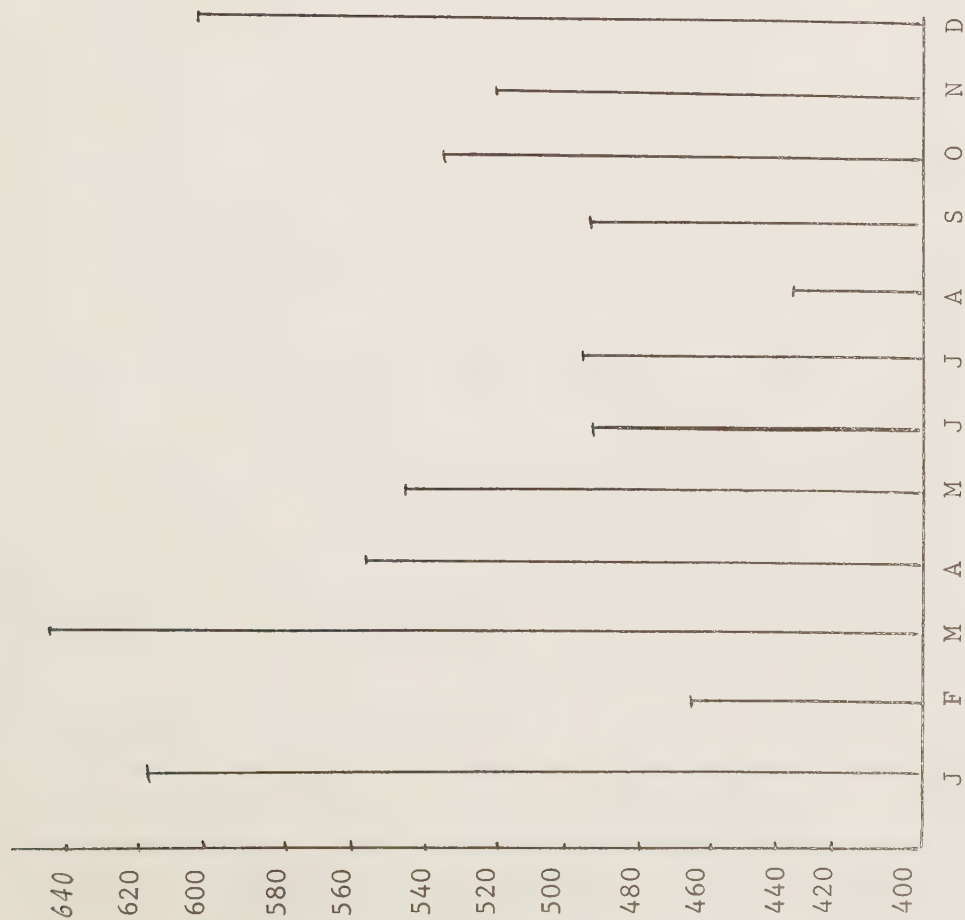
- de pratiquer un examen clinique et biologique précis, sans oublier le moindre détail,
- d'assurer une surveillance rapide du malade.

Les fiches sont prévues pour :

- malaises,
- psychiatrie,
- délirum tremens,
- accidents vasculaires cérébraux,
- urgences médicales et toxicologiques (réservées aux tentatives de suicide et toute pathologie ne rentrant pas dans le cadre des diagnostics étiologiques précités).

NOMBRE D'ENTRES EN FONCTION DES JOURS ET DES MOIS DANS LE SERVICE MEDICAL D'URGENCE N 1 - ANNEE 1971

MOIS	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE	TOTAL	MUTATIONS
JANVIER	79	82	78	73	95	99	110	616	39
FEVRIER	64	68	66	64	69	85	58	474	36
MARS	108	101	101	87	76	87	84	644	54
AVRIL	61	80	76	99	100	74	73	563	53
MAI	96	81	69	53	70	85	87	541	46
JUIN	97	92	69	66	65	74	61	494	44
JUILLET	73	64	65	73	95	74	48	492	42
AOUT	81	65	51	50	61	65	59	423	38
SEPTEMBRE	68	66	77	80	53	75	68	487	34
OCTOBRE	75	83	68	65	76	87	83	537	49
NOVEMBRE	95	98	61	77	56	70	62	519	49
DECEMBRE	78	81	105	102	89	78	72	605	51
	945	961	886	889	905	953	865	6 404	535

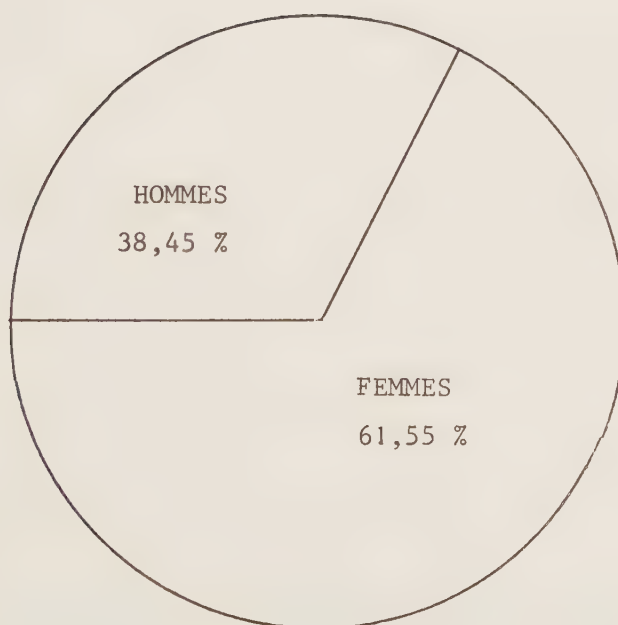


EN 1971

MOIS	T.S.		INTOX.		INTOX.		IVRESSE		TOXICO.		TOXICO. F.	PSYCH.	MEDIC.	REANIM.	TOTAUX
	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.	H.	F.					
JANVIER	56	117	41	40	22	11	22	11	2	1		77	248	39	655
FEVRIER	56	93	27	23	22	3	22	3	3	0		63	185	36	510
MARS	45	109	25	19	13	3	13	3	11	4		75	332	54	698
AVRIL	48	115	19	18	23	19	23	19	0	5		68	244	53	616
MAI	49	113	26	13	24	11	24	11	5	1		83	234	46	587
JUIN	53	111	14	13	13	12	13	12	2	2		61	220	44	538
JUILLET	49	77	9	21	28	15	28	15	3	1		62	228	42	534
AOUT	45	73	14	13	14	10	14	10	4	2		59	201	38	470
SEPTEMBRE	58	108	22	28	18	8	18	8	3	5		47	189	34	521
OCTOBRE	41	110	27	22	22	17	22	17	0	1		75	221	49	586
NOVEMBRE	50	87	33	26	23	12	23	12	10	3		51	211	49	568
DECEMBRE	53	112	29	21	28	21	28	21	4	5		86	250	51	656
	603	1225	286	257	239	149	239	149	47	30		807	2763	535	6939
	1 828	543	388	77										dont 485 T.S.	

TENTATIVES DE SUICIDE

MOIS	J	F	M	A	M	J	JUIL	A	S	O	N	D	TOTAL
Hommes	56	56	45	48	49	53	49	45	58	41	50	53	603
Femmes	117	93	109	115	113	111	77	73	108	110	87	112	1 225
TOTAL	173	149	154	163	162	164	126	118	166	151	137	165	1 828



T E N T A T I V E S D E S U I C I D E

Il a été admis 1 828 tentatives de suicide au pavillon N I, en 1972. Ces tentatives de suicide représentant 28,52 % des entrées totales et 58,96 % des entrées psychiatriques.

I - ETUDE STATISTIQUE

Elle nous apporte les renseignements suivants :

- Age et sexe :

. Du point de vue âge, il faut remarquer aussibien chez les hommes que chez les femmes, une fréquence maximum entre 15 et 25 ans, puis une nette décroissance en fonction de l'âge.

Sur ces 1 828 suicidants, les hommes (603 cas) représentent 32,98 %, et les femmes (1 225 cas) 67,01 % c'est-à-dire environ deux femmes pour un homme.

- Horaire, jour et mois d'admission :

Au cours de la journée, il faut signaler une recrudescence entre 12 et 13 heures, 20 et 21 heures, ceci s'expliquant par le délai nécessaire, pour que le conjoint ou un ami trouve le suicidant de la demi-journée correspondante.

Les tentatives de suicide sont plus importantes les lundis et samedis, que les autres jours de la semaine. Nous pouvons expliquer cette faible augmentation par le fait que certains n'osent pas aborder le week-end alors que pour d'autres candidats au suicide, c'est l'épilogue d'un triste congé de fin de semaine.

En ce qui concerne la fréquence par mois, elle est à peu près identique, avec une légère hausse en juillet et Août.

II - ETUDE CLINIQUE DES TENTATIVES DE SUICIDE

a) Admission :

A l'inverse des autres urgences admises seulement à partir de 13 heures, les suicidants sont accueillis au pavillon N, à toute heure du jour et de la nuit.

b) Etiologie :

Quatre-vingt à quatre-vingt dix pour cent des tentatives de suicide sont d'origine médicamenteuse, un tiers est représenté par les suicidants aux barbituriques, quatre pour cent pour le gaz, et le reste, par les moyens mécaniques (noyades, pendaison, armes).

c) Traitement :

Sous la direction de l'externe de garde du centre anti-poison, un traitement est immédiatement entrepris. En général, il s'agit d'un lavage gastrique, parfois sous scope ; lorsque l'on soupçonne un empoisonnement à l'imipramine et ses dérivés.

Une partie de ce lavage gastrique est adressé en urgence à la pharmacie pour la détermination du produit toxique.

L'externe établit, en fonction des résultats, soit une diurèse forcée, soit un traitement médicamenteux. Il est chargé également de la surveillance clinique du malade.

Le malade, dès qu'il est rétabli, est alors confié aux psychiatres.

III - CONCLUSIONS

Il faut remarquer que sur 535 malades venant de réanimation, 485 sont des tentatives de suicide, dont l'état était trop grave, et avait besoin d'être soigné en réanimation.

- Les tentatives de suicide représentent une grosse partie des entrées du pavillon N, environ 5 par jour.

- L'agglomération lyonnaise dépassant largement le million d'habitants et le service médical d'urgence, accueillant presque toutes les tentatives de suicide (exception faite de quelques tentatives de suicide par armes à feu, défenestration...) il y a donc, à Lyon, au moins deux tentatives de suicide pour 1 000 habitants et par an.

I N T O X I C A T I O N S

MOIS	J	F	M	A	M	J	JUIL	A	S	O	N	D	TOTAL
HOMMES	41	27	25	19	26	14	9	14	22	27	33	29	286
FEMMES	40	23	19	18	13	13	21	13	28	22	26	21	257
TOTAL	81	50	44	37	39	27	30	27	50	49	59	50	543



I N T O X I C A T I O N S

Elles représentent :

- Les intoxications accidentelles (oxyde de carbone, champignons, ingestion accidentelle de médicaments ou produits ménagers, alimentation avariée...).
- Les accidents professionnels.
- Les accidents thérapeutiques.

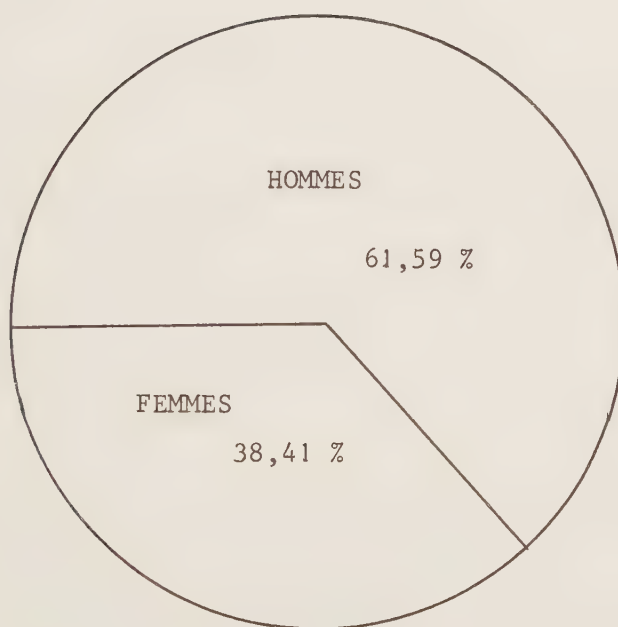
Dans ces statistiques, ne sont pas comptabilisées les intoxications chez l'enfant, qui représentent environ les deux tiers des intoxications en général.

En consultant ces chiffres, nous constatons :

- Le même nombre d'hommes que de femmes.
- Une hausse pendant les mois d'hiver (intoxications à l'oxyde de carbone principalement).
- Une baisse l'été (pas de chauffage et congés annuels en ce qui concernent les accidents professionnels).

I V R E S S E

MOIS	J	F	M	A	M	J	JUIL	A	S	O	N	D	TOTAL
Hommes	22	21	13	23	24	13	28	14	18	22	23	28	239
Femmes	11	3	10	19	11	12	15	10	8	17	12	21	149
TOTAL	33	24	23	42	35	25	43	24	26	39	35	49	388



I V R E S S E

1 - On en a dénombré 388 cas pendant 1971.

Ce nombre ne comporte que les états d'ivresse aigüe, auquel il faut ajouter, bien entendu, les complications dues à l'alcoolisme chronique.

- Cirrhose, en particulier hémorragies digestives.
- Délirium tremens.
- Encéphalopathie alcoolique.

De ce fait, le nombre d'affections alcooliques dépasse largement les 800 entrées, par an, au pavillon N I.

A Lyon, il faut doubler ce nombre de cas, parce que le pavillon N 3 bis, reçoit également les urgences dues à l'alcoolisme aigu ou chronique, contrairement aux tentatives de suicide, intoxications et toxicomanies, qui sont l'apanage de N.

Il faut ajouter également, toutes les ivresses aigües qui sont soit :

- gardées au service de porte pour la nuit et qui partent le lendemain matin, sans que leur admission officielle soit faite,
- renvoyées en surveillance au poste de police pour la nuit, quand ils ne présentent pas d'affections médicales autre, qu'un simple état d'ivresse.

2 - En étudiant les statistiques, on peut formuler les remarques suivantes :

- Prépondérance masculine évidente,
- recrudescence en fin de semaine (samedi et dimanche),
- recrudescence en fin d'année (décembre),
- recrudescence des admissions entre 20 et 21 heures, comme si les gens buvaient plus en fin de journée, en fin de semaine, en fin d'année.

3 - Le devenir des malades

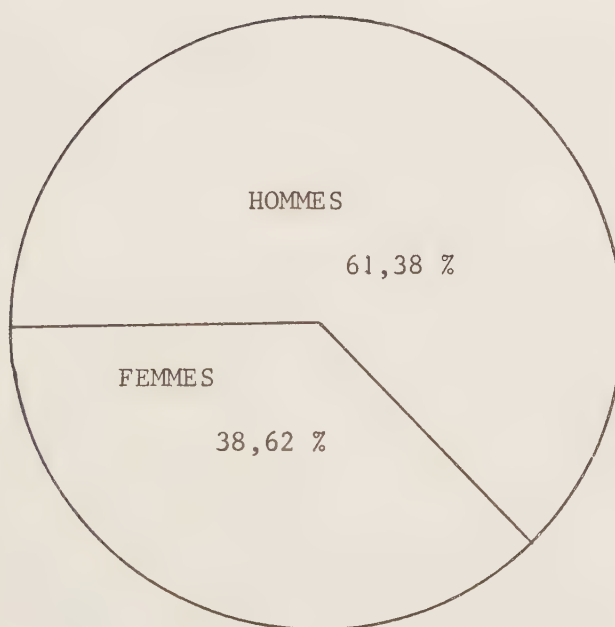
Le temps de séjour est très bref, en général, les malades arrivent le soir et repartent en fin de matinée, après un taux d'alcoolisme et un électro-encéphalogramme, parfois les malades sont soit :

- orientés vers le psychiatre pour une cure éventuelle de désintoxication, quand il s'agit d'un alcoolique chronique,
- posent parfois un problème médico-légal s'il y a eu accident, tapage nocturne, agression.

La lutte anti-alcoolique est très souvent décevante: jusqu'en 1966, on dénombrerait moins de 100 cas et qu'en 1971 on dépasse 1 500 cas, en regroupant tous les services d'urgence.

T O X I C O M A N E S

MOIS	J	F	M	A	M	J	JUIL	A	S	O	N	D	TOTAL
Hommes	2	3	11	0	5	2	3	4	3	5	10	4	47
Femmes	1	0	4	5	1	2	1	2	5	1	3	5	30
TOTAL	3	3	15	5	6	4	4	6	8	1	13	9	77



T O X I C O M A N E S

Ce chiffre de 77 concerne tous les toxicomanes :

- drogués (hachich, héroïne, LSD, éther)
- abus inconsidérés de médicaments, comme les somnifères, tranquillisants, amphétamine ou simplement aspirine.

On note une prédominance masculine.

Ces malades viennent très souvent après un accident aigu, survenu au cours de leur toxicomanie (infection, état d'excitation, coma) ou sont amenés par le service de justice.

Ces malades sont pris en charge par le centre anti-poison, pour le traitement immédiat et surtout par l'équipe psychiatrique, en ce qui concerne le traitement à long court.

P S Y C H I A T R I E

Mois	J	F	M	V	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Nombre	77	63	75	68	83	61	62	59	47	75	51	86	807

Ce chiffre de 807 représente les malades qui arrivent avec un diagnostic de maladie psychiatrique, il faut ajouter les tentatives de suicide, les toxicomanes, les ivresses, ce qui donne en fait un total de 3 100 entrées soit 48,4 %.

Ce nombre est encore à modifier, si l'on considère que dans les malades médicaux purs, un tiers (d'après des études statistiques récentes) présente associée à leur affection somatique un contexte psychiatrique.

L'admission et le traitement des malades psychiatriques posent parfois des problèmes au Service d'Urgence Médicale, ces derniers seront étudiés dans la 3ème partie de cette thèse.

L'intégration des malades psychiatriques au Service d'Urgence Médicale est réalisée depuis longtemps à Lyon, si elle pose parfois quelques problèmes ils sont compensés par le bénéfice qu'en tire le Service.

Il est souhaitable en effet qu'une formation psychiatrique soit donnée à tout médecin.

Un certain nombre de malades, admis dans le Service sont de petits névropathes, pour lesquels un internement même de courte durée dans un hôpital psychiatrique aurait des conséquences fâcheuses. Il est certain que mêlés à des malades de médecine générale, ils sont moins dépaysés et leur traitement en est plus facile.

La proximité du centre anti-poison, permet de traiter efficacement les tentatives de suicide, les toxicomanes.

Les problèmes posés par les malades psychiatriques sont en général que de petits incidents (heurts avec d'autres malades psychiatriques reçus en état d'agitation important, séjour assez long de certains psychiatriques au service d'Urgence médicale à l'inverse de l'optique du service qui doit assurer une rotation rapide).

Du point de vue de la répartition dans le temps, le nombre d'entrées est identique pour tous les mois de l'année, exceptée une légère augmentation en mai et décembre. La majeure partie des urgences psychiatriques se faisant entre 14 heures et 21 heures.

La répartition des diagnostics d'admission est la suivante :

- Chez l'homme :		
◦ Affections éthyliques	36 %	
◦ Dépressions névrotiques	26 %	
◦ Schizophrénie, délire, psychoses maniaco-dépressives	}	9 %
Hystérie et troubles fonctionnels		
- Chez la femme :		
◦ Dépressions névrotiques	55 %	
◦ Ethylisme	9 %	
◦ Conjugopathies, troubles de l'adolescence	9 %	
◦ Hystérie, psychoses maniaco-dépressives	7 %	

Les malades psychiatriques nécessitant des soins urgents comme les tentatives de suicide, les états d'agitation aigüe, sont traités dès l'entrée par le personnel médical. Ils sont repris en main par l'équipe psychiatrique dès le lendemain matin, ainsi que les malades chroniques.

Un contingent de malades, classés dans les cas sociaux sont en fait traités par l'équipe psychiatrique, en effet un certain nombre de vagabonds, hippies, malades sans profession, sans domicile fixe, sont des gens :

- soit rejetés par la société, ce qui entraîne parfois des névroses réactionnelles,
- soit des non intégrés à la société du fait de leur impossibilité personnelle d'insertion dans le monde actuel.

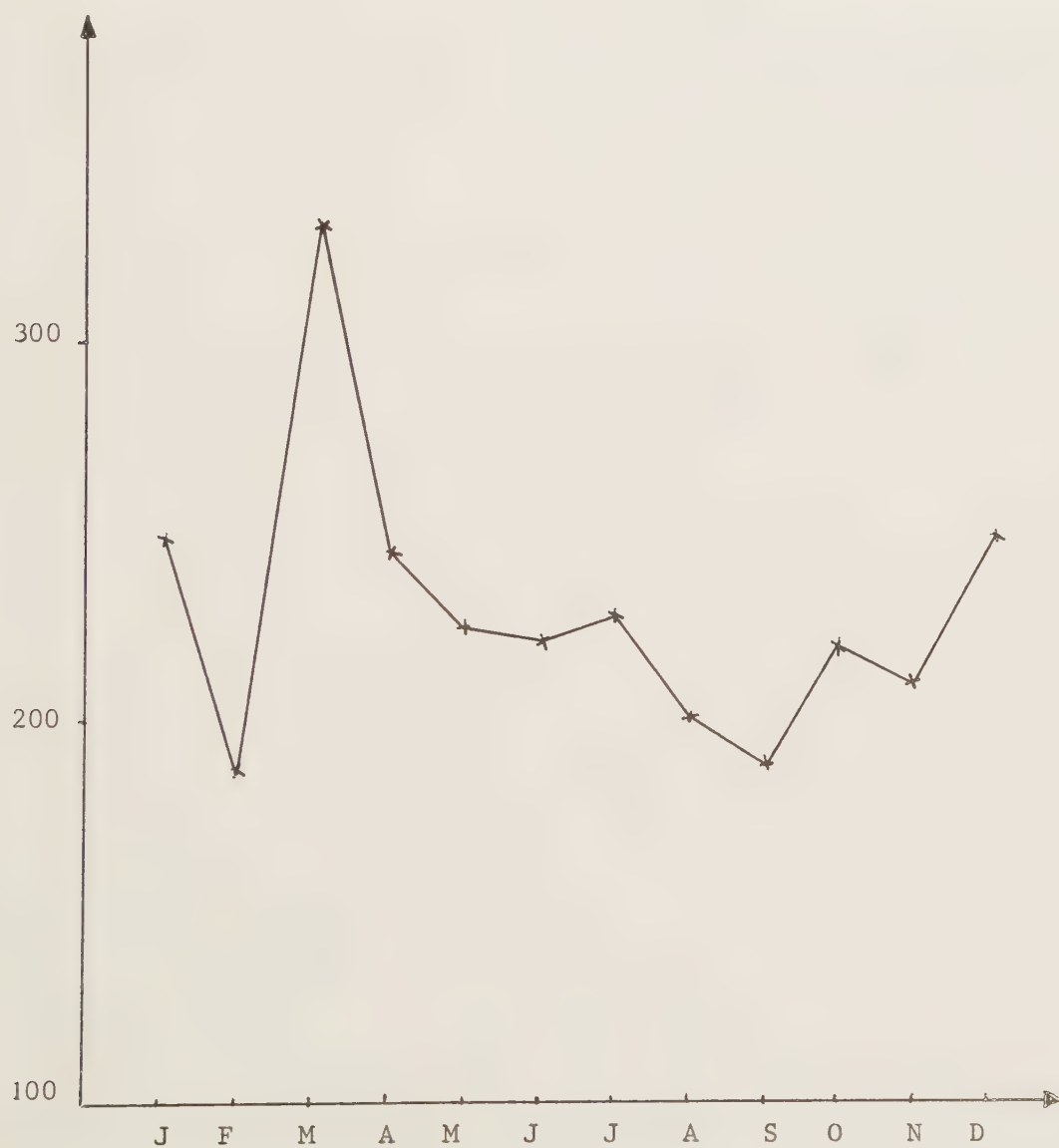
C'est dans ces conditions que la collaboration entre les assistantes sociales et les psychiatres est la plus fructueuse.

On ne peut imaginer le traitement d'un malade psychiatrique sans le travail en commun de tout le service.

Dans ce but, des réunions hebdomadaires sont organisées avec la participation du personnel intéressé à la psychiatrie. C'est en fait une équipe qui est mise sur pied, allant du chef de service à l'infirmière, qui accueille, examine, traite le malade psychiatrique.

M E D I C A U X

MOIS	J	F	M	A	M	J	JUIL	A	S	O	N	D	TOTAL
Nombre	248	185	332	244	234	220	228	201	189	221	211	250	2 763



NOMBRE D'ENTREES DE MALADES MEDICAUX PURS EN FONCTION DES DATES D'ENTREE

Parmi les admissions en médecine générale, toute la pathologie est représentée, néanmoins, il est bon d'en détacher les syndromes les plus fréquents qui sont au nombre de quatre.

I - LES MALAISES

Ils regroupent souvent des affections relevant soit de :

- la neurologie,
- la cardiologie,
- l'endocrinologie,
- la toxicologie.

En effet, sous ce vocable, on rassemble tous les malades qui sont trouvés sans connaissance à leur domicile ou sur la voie publique, sans qu'un diagnostic précis soit fait avant l'entrée. Autrement dit, dans ce groupe d'admission, on dénombre des tentatives de suicide, des accidents vasculaires cérébraux ou des troubles du rythme cardiaque par exemple.

Les fiches d'observations spéciales concernant les malaises aident à l'établissement d'un diagnostic étiologique précis et une surveillance efficace des malades.

L'examen clinique, le bilan biologique, l'électrocardiogramme, et l'électro-encéphalogramme permettent de rattacher les malaises par exemple à :

- la perte de connaissance post-critique d'une crise épileptique,
- la lipothymie dans le cadre des hypoglycémies,
- les malaises dans le Adams Stock,
- l'absorption de médicaments dans une tentative de suicide.

Les malaises représentent environ 6 % des malades entrants.

II - LES AFFECTIONS CARDIO-VASCULAIRES

Les urgences cardio-vasculaires sont en principe dirigées sur l'hôpital cardiologique, mais comme son service de soins intensifs est souvent saturé, le pavillon N accueille de nombreuses affections cardiaques.

Parmi les affections les plus courantes citons :

- l'infarctus du myocarde,
- l'oedème aigu du poumon,
- l'insuffisance cardiaque,
- les troubles du rythme,
- les phlébites,
- les artérites.

Ces malades sont soignés soit en petite réanimation, soit en chambre, ce qui permet d'installer une surveillance efficace, tant par le personnel médical, que par le matériel utilisé (monitoring).

III - LES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES

Parmi ces affections, on trouve surtout des comas et des accidents vasculaires cérébraux. Ces malades posent des problèmes de diagnostic étiologique, de soins qui se réduisent le plus souvent à un nursing, et de mutation.

Les accidents vasculaires cérébraux constituent le plus souvent le plus grand nombre de malades décédant dans le service.

Dans ce groupe, on trouve également des syndromes méningés, comme les affections cardio-vasculaires, ces malades sont traités en chambre, ou petite réanimation afin d'assurer une surveillance permanente et les soins que nécessite leur état.

IV - LES SYNDROMES DIGESTIFS

Sous la direction du professeur agrégé PALIARD, le service N I recrute toutes les hémorragies digestives en urgence.

Cette catégorie de malades représente presque 20 % de l'ensemble des malades médicaux purs.

On trouve des hémorragies digestives de tout ordre :

- l'hématémèse,
- méléana

et de toute origine :

- cirrhose,
- ulcère gastro-duodénal et cancer,
- intestinale pure (tumeur, infection et rectocolite hémorragique...).

Les problèmes étiologiques sont actuellement facilités par la radiographie gastrique, faite en urgence, ainsi que par la gastroscopie, ce qui permet de détecter rapidement la cause de l'hémorragie et de ce fait instituer un traitement spécifique immédiat. Beaucoup de ces malades restent longtemps dans le service, ou sont mutés à N 2 ce qui permet de les suivre jusqu'à guérison.

V - LES AUTRES SYNDROMES

A côté de ces quatre grandes causes d'admission au pavillon N, on trouve :

- les syndromes infectieux : bronchopneumopathies, thyphoïdes, fièvre importante sans étiologie précise et en hiver plus particulièrement, de nombreux syndromes grippaux chez le vieillard,
- les syndromes endocriniens surtout des admissions de malades diabétiques,
- les syndromes urologiques : rétention aigüe, lithiase rénale,
- les syndromes dermatologiques qui sont à vrai dire des problèmes de placement chez les malades surinfectés et négligents.

VI - LES CAS SOCIAUX

De nombreux malades sont admis avec une affection ne nécessitant pas une hospitalisation d'urgence, mais ils posent des problèmes sociaux.

- soit malades habitants seuls, sans famille et hospitalisés pour une simple bronchite,
- soit malades devant être admis dans un pavillon spécialisé le lendemain, venant de très loin, et ne pouvant être renvoyés dans leur foyer,
- soit personnes sans domicile fixe, vagabonds surtout en période hivernale,
- soit personnes âgées ou handicapées physiques se retrouvant seules dans leur maison en période d'exode estival.

Il est difficile de refuser ces malades, même si l'examen clinique est très pauvre, mais dont l'hospitalisation permet souvent le placement dans un service lent.

Il est à signaler qu'il n'existe pas au pavillon N I l'équivalent de la salle VULPIAN du pavillon P. Elle permettrait d'accueillir des vagabonds, indigents, en leur assurant pendant quelques temps, gîte et couvert, avec un minimum de soins médicaux.

VII - CONCLUSION

Mise à part les accidents vasculaires cérébraux, les comas, les hémorragies digestives, tous les malades médicaux purs, restent peu de temps au pavillon N I et sont rapidement mutés dans les services spécialisés.

CHAPITRE IV

=====

PROBLEMES POSES AU SERVICE MEDICAL D'URGENCE EN 1971

L'organisation d'un service de toxicologie et de médecine légale apporte toute une série de nouveautés dans le fonctionnement d'un service hospitalier qu'il convient de rappeler.

I - URGENCE MEDICALE

Les trois offices : N 1 (Professeur ROCHE), N 3 (Professeur VIALA), réanimation (Professeur agrégé MOTTIN) constituent un département d'urgence médicale qui ne reçoit que des malades atteints d'affections médicales (à l'exclusion des cas chirurgicaux), des adultes (les enfants de moins de 15 ans étant envoyés dans les services de pédiatrie).

C'est le seul service d'urgence de ce type en France.

On parle toujours sous le nom d'urgences médicales des malades chirurgicaux et surtout des blessés (en particulier blessés de la route), or il reste fondamentalement une pathologie médicale qui requiert des soins d'urgence.

Les malades hospitalisés sont :

- des malades médicaux classiques
 - . insuffisance respiratoire aigüe,
 - . hémorragies digestives,
 - . accidents cardio-vasculaires,
 - . malaises,
 - . syncopes ...

- des malades présentant une intoxication aigüe,
- des malades présentant des manifestations psychiatriques,
- des malades présentant une urgence sociale : un vieil homme trouvé sans papier dans la rue, amnésique, un vagabond, un ivrogne, un adolescent fugeur ayant quitté son centre d'éducation surveillée souvent situé à des centaines de kilomètres : où le muter, sinon à l'hôpital.

Il est évident que le pourcentage des différents types de malades dans les trois offices est différent ; seules sont rapportées les statistiques de N 1. Par ailleurs, le nombre de malades reçus dans le département d'urgence médicale est identique à celui des urgences chirurgicales (15 000 dans chaque cas à Lyon, ce qui fait 30 000 en tout).

Plusieurs raisons expliquent ces chiffres :

- les malades veulent être soignés rapidement et l'urgence des soins nécessaires est bien connue du public ; un retard apporté dans les soins peut modifier l'évolution de la maladie,
- les médecins praticiens, souvent débordés par leur travail n'ont pas le temps de s'occuper de sujets qui pourraient être soignés chez eux à condition d'être surveillés,
- les malades et l'entourage exigent souvent l'hospitalisation et un pourcentage notable vient directement à l'hôpital, en ambulance, sans avoir vu un médecin ; certains à la suite de communications téléphoniques infructueuses,
- les procès de responsabilité médicale ont fait grief aux médecins de ne pas avoir fait tout ce qui était possible en diminuant les chances de guérison du malade,
- enfin, on meurt de plus en plus rarement chez soi : un ictus chez un vieillard est un arrêt de mort, mais ce sujet est amené à l'hôpital pour y mourir.

Il y a un fait médico-social dont doit avoir conscience l'administration hospitalière : l'urgence ne fait et en fera qu'augmenter.

II - PSYCHIATRIE A L'HOPITAL GENERAL

C'est le premier service hospitalier de médecine générale où une équipe psychiatrique fonctionne avec une telle ampleur.

Le besoin de psychiatre est venu d'abord pour traiter les suicidants hospitalisés pour intoxications aiguës.

Puis, ont été hospitalisés et traités tous les suicidants même ceux dont la tentative de suicide ne justifiait pas par elle-même une hospitalisation (section superficielle des téguments du poignet).

Puis, ont été envoyés des malades présentant des troubles psychiatriques nécessitant un accueil d'urgence.

Enfin, on s'est aperçu qu'un grand nombre de malades présentant des maladies classiques étaient en fait des sujets ayant un problème psychiatrique.

On est frappé lorsqu'on examine les entrants d'une nuit qualifiés d'organiques, de voir que l'angoisse est presque toujours la cause de l'hospitalisation. La solitude est souvent responsable de ce phénomène mais c'est souvent l'entourage qui panique.

Devant une famille qui a fait venir un médecin, commandé une ambulance, arrive à l'hôpital, est soulagée, confie son malade au service d'urgence, il est impossible, pour des problèmes psychologiques de refuser ce malade même présentant des troubles bénins et de le renvoyer chez lui.

Les malaises qui sont une des principales causes d'hospitalisation nécessitent habituellement l'avis d'un psychiatre.

Par ailleurs, il n'est pas possible de concevoir un service d'urgence psychiatrique pour de multiples raisons : l'urgence médicale est un tout dans lequel interviennent affections organiques et troubles psychiatriques : pour les dissocier, il est nécessaire de faire un examen médical complet :

- l'ivrogne est parfois un sujet qui a un traumatisme crânien avec hématome sous-dural ; la distinction ne peut se faire que dans un service médical d'urgence d'autant plus que les deux troubles peuvent être associés : l'ivrogne en tombant peut se faire une fracture du crâne.

- L'agité peut présenter une affection cardiaque, une azotémie élevée, une pneumonie et l'on ne peut considérer que l'agitation soit dans ce cas une maladie psychotique.

Mais certains sujets particulièrement violents posent des problèmes spécifiques qui sont difficilement résolus dans le service, surtout surchargé, et doivent être adressés à un hôpital spécialisé : ces sujets représentent quelques unités chaque mois.

Par ailleurs, le malade suivi par un psychiatre doit être pris en main par le même psychiatre : ceci est réalisé dans le cadre du secteur psychiatrique. Il est bien évident que chaque secteur ne peut organiser un accueil permanent ; celui-ci est donc réalisé pendant les heures de nuit et jours fériés au service d'urgence médicale.

Tout individu est composé d'un psychisme et d'un corps et toute maladie retentit sur ces 2 éléments.

Toute lésion **corporelle**, tout traumatisme, en particulier crânien, retentit sur le comportement psychique.

Toute atteinte psychique retentit sur le fonctionnement du corps : amaigrissement, troubles hormonaux et les malades psychiatriques tuent aussi bien que les maladies somatiques.

Rappelons un chiffre : 15 000 morts ; c'est le nombre de tués par accident de trafic mais aussi celui des sujets décédés par suicide.

Aussi est-il une hérésie de diviser le corps médical, les services hospitaliers en deux groupes : ceux qui soignent le corps, ceux qui soignent l'esprit. L'intérêt de l'association des deux types de médecins dans le même service est évident :

- On donne au psychiatre beaucoup d'assurance lorsqu'il est sûr que la maladie organique est prise en charge et qu'il ne laisse pas passer une maladie responsable des troubles :

il est important pour le psychiatre de travailler dans un hôpital général, soumis aux mêmes règles et aux mêmes avantages que son confrère somatique.

C'est un grand enrichissement pour le médecin somaticien de percevoir et comprendre toute l'importance de la psychiatrie dans la maladie. Dire à un malade dont le bilan clinique est négatif, qu'il n'a rien est un non sens : ce malade sait bien qu'il souffre et qu'il est handicapé dans son activité. Et il faut comprendre pourquoi il est réellement malade : considérer de surcroît ce malade comme un fumiste qui ne veut pas travailler est une antipsychothérapie qui aggrave l'état du malade.

III - FORMATION DES INTERNES ET ETUDIANTS

Cette association des deux disciplines est fondamentale pour la formation des externes et internes.

Leurs responsabilités et leurs rôles ne sont pas les mêmes, mais ils sont là tous deux pour apprendre leur futur profession.

Le Service Médical d'Urgence offre à ce point de vue, un intérêt important. Parce que l'urgence est faite d'une succession de gestes et de décisions à prendre rapidement, il est évident que d'assurer les gardes pendant un semestre permet d'acquérir cette rapidité d'exécution et surtout de garder son sang froid dans l'atmosphère angoissante voir même dramatique qui entoure l'urgence.

Au niveau de l'interne qui sera appelé à assurer très souvent des gardes dans les hôpitaux, cette expérience acquise à N 1 sera bénéfique.

Pour l'externe, même s'il a moins de responsabilités, l'ambiance d'un service d'urgence, la surveillance des malades, lui permettront d'acquérir cette décontraction toute apparente, face à l'urgence médicale.

L'étudiant au pavillon N 1 va mettre en pratique la formation théorique reçue à la Faculté, devant divers types de malades, qu'il ne verra pas dans d'autres services comme :

- malaises,
- comas,
- malades psychiatriques,
- intoxications.

L'intérêt porté à la psychiatrie allant croissant, un bon médecin, doit savoir ce qu'est la psychiatrie et un bon psychiatre doit être un bon médecin. A N 1, l'étudiant va donc cotoyer des malades psychiatriques et des malades somatiques. Malgré l'effort entrepris pour donner une formation psychiatrique, au cours des études médicales, celle-ci s'avère encore insuffisante ou très théorique, l'hôpital restant toujours le meilleur apprentissage pour un médecin face à la maladie. L'important contingent de malades psychiatriques (3 000 cas) apprend donc à l'étudiant à faire face par exemple à un état d'agitation aiguë, état dépressif, désorientation temporo-spatiale, tous ces malades n'étant pas recrutés dans les autres services de médecine.

Etant donné l'orientation du pavillon N 1 même les malades somatiques, sont examinés par les psychiatriques, le tour des lits effectué par ces médecins est très suivi, même par les externes, n'ayant pas au départ une orientation psychiatrique.

L'étudiant va également apprendre, au pavillon N 1 la conduite à tenir, face à l'urgence médicale en général. Un malaise, par exemple, pose beaucoup de problèmes : étiologiques, diagnostiques, thérapeutiques. Tout au long de la recherche de la cause de ce malaise, l'externe suit pas à pas la démarche médicale à l'aide de fiches d'observations spéciales, même si, au départ, elles ont le défaut de classer les malades dans des catégories étiologiques trop rigides. En ce qui concerne les comas d'apparition brutale, c'est seulement dans un service médical d'urgence que l'étudiant affrontera les difficultés soulevées par ce type de maladie.

Beaucoup de gestes diagnostiques et thérapeutiques sont effectués au pavillon d'urgence et ce sera l'occasion pour l'étudiant d'apprendre à faire une ponction lombaire, une intubation, une intra-artérielle, un lavage d'estomac par exemple. C'est de plus, très souvent, à la faveur d'une garde de dimanche, ou de nuit, que l'étudiant fera sa première piqûre intraveineuse, ou intramusculaire, étant donné le surcroît de travail, qui incombe aux infirmières à ce moment là.

Les rapports avec les familles des malades sont ici souvent difficiles, étant donné la soudaineté et la gravité de l'affection de l'un des leurs. A cette occasion, les internes et les externes apprennent à manier diplomatie et parfois fermeté envers les proches du malade.

Apprentissage aussi de la mort devant le décès d'un malade, surtout si l'étudiant a passé toute la nuit à son chevet, pour essayer de le maintenir en vie.

A côté des affections médicales pures, on doit faire face au service médical d'urgence à de nombreux problèmes, sociaux tels que : placement de vieillards, vagabonds, étrangers seuls en France.

A côté de ce tableau idyllique, c'est-à-dire tout ce que l'externe, peut gagner lors de son passage à N 1, signalons cependant quelques points noirs. L'un des plus importants est le fait que l'externe ne suit pas son malade d'une garde à l'autre, ce malade ayant été le plus souvent muté, ou sorti, ou décédé. Cette impression de travail inachevé est pénible pour l'étudiant, surtout s'il a été obligé de surveiller un cas particulièrement grave. Avoir des responsabilités souvent importantes, surtout pour l'interne, être sollicité sans cesse pendant 24 heures, est une situation difficile voire même pénible parfois : c'est pourtant le seul moyen d'assurer une continuité de soins au malade, plus particulièrement en début d'hospitalisation. Cette fatigue est compensée par un repos de deux jours consécutifs.

En ce qui concerne les rapports du médecin traitant avec l'hôpital, ils ne correspondent pas toujours à ce que l'on pourrait attendre. Il est certain que le médecin de famille vient peu à l'hôpital, ceci peut s'expliquer par le bref temps de séjour de son malade au pavillon, aussi par le peu de liberté dont dispose le médecin.

Trop souvent, le médecin adressant un malade au pavillon d'urgence ne reçoit qu'un simple mot de ce pavillon l'informant de la mutation de son malade dans un autre service sans indication du diagnostic et du traitement établis.

En somme, peu de problèmes au niveau de l'étudiant qui ne peut que retirer des avantages de son séjour au pavillon N1, les problèmes de fatigue et d'angoisse, face à l'urgence n'étant que l'apprentissage de son futur métier.

L'urgence médicale forme un tout, il est illusoire et dangereux de séparer urgence somatique et urgence psychiatrique : on revient aux erreurs de la loi de 1838, loi totalement périmée qui a fait beaucoup de mal dans notre pays aux malades, aux psychiatres et à la médecine.

IV - COLLABORATION DES TROIS EQUIPES MEDICALES

Les malades sont examinés à N 1 par trois équipes dont les médecins permanents sont :

- pour la médecine générale : Professeur PALIARD - Docteur DUCLUZEAU
- pour la psychiatrie : Professeur COLIN - Professeur VEDRINNE - Docteur ROLLAND - Docteur GONIN - Docteur BOTTA - Docteur DO et deux internes spécialisés.
- pour la toxicologie : Professeur ROCHE - Docteur BARRAL - Docteur LEVY

Chacune de ces équipes a une autonomie totale : elle examine les malades qui ont besoin d'elle ; évidemment, le travail étant effectué dans des locaux restreints, les contacts sont faciles et toutes les décisions difficiles sont prises en commun.

Deux critères régissent l'aménagement des locaux :

- Equipement suffisant pour les soins d'urgence, c'est-à-dire : prise d'oxygène, multiples prises électriques, lits adéquats, pour intubation, ou massage cardiaque externe, dispositif de perfusion et possibilité de ventilation assistée.

Ce type de lit d'urgence est réalisé dans les chambre seules, et surtout pour les quatre lits de petite réanimation équipés en plus de monitoring.

- Ils doivent être également pratiques, c'est-à-dire faire face à la recrudescence des entrées, le soir par exemple.

Ce type de lit est réalisé dans les boxes de quatre à six lits. Les prévisions à long terme sont relativement faciles, d'une année sur l'autre, grâce aux statistiques.

Le plus difficile est de prévoir l'effectif du pavillon N 1 au jour le jour. Si l'on sait qu'il y a toujours une recrudescence de malades entre dix-huit et vingt-et-une heures, et le week-end, par contre le nombre total d'entrées est très variable, d'un jour à l'autre.

Le pavillon fonctionne souvent avec une dizaine de lits libres en début de soirée ; on reste donc à la merci d'une intoxication au gaz carbonique, dans une famille nombreuse de six à huit personnes, par exemple.

Si l'on ajoute les gripes chez le vieillard ou le cardiaque, qui augmentent le contingent des malades en cette même période, il faudrait alors des murs extensibles pour accueillir tout le monde. On voit alors les couloirs se peupler de couchettes.

Cette augmentation de lits ne s'accompagne pas d'une augmentation parallèle de personnel, ce qui explique que les infirmières déjà surchargées de travail sont obligées de pourvoir seulement aux soins très urgents et c'est souvent dans ces conditions, bien entendu, que l'on trouve le plus de malades se plaignant du service.

Il est bon de rappeler, au niveau des locaux, qu'une salle spéciale serait souhaitable pour permettre de pratiquer l'examen du malade en toute tranquillité, ainsi que les soins particuliers comme les lavages d'estomac par exemple.

Toutefois, le rôle des infirmières dans la coordination est fondamentale et sera vu plus loin.

Cette organisation a un intérêt évident :

- les malades sont inventoriés de façon très complète ; complète par examen de laboratoire, radio-électrocardiogramme, électroencéphalogramme, un bilan très précis peut être fait,
- l'activité dans le cadre d'un service d'urgence permet des examens très rapides : quelque soit l'heure d'entrée du malade, l'observation est prise dans les deux heures, l'électrocardiogramme peut être effectué immédiatement, examens biologiques, radiographiques sont effectués et rendus en quelques heures jour et nuit, un électroencéphalogramme dans la matinée chez tous les malades qui en ont besoin,
- l'activité conjointe des psychiatres, des médecins, des toxicologues permet un examen et une hospitalisation très courte.

Prenons un intoxiqué volontaire moyen. Dans une organisation médicale ordinaire fonctionnant dans de bonnes conditions, le bilan médical, biologique, radiologique comportant toutes les recherches nécessaires au diagnostic somatique prendrait cinq jours, transféré immédiatement dans un service de psychiatrie travaillant en bonne liaison avec un service de médecine, un bilan psychiatrique rapide prendrait une semaine, c'est dire que l'hospitalisation serait de douze jours.

Or ceci, grâce à l'organisation de l'hôpital et du fonctionnement de N1, tout ce bilan est réalisé en deux ou trois jours.

Ceci amène deux réflexions :

- il est normal que le prix de journée d'un tel service soit nettement plus élevé qu'un service ordinaire,
- ces malades ayant des troubles du comportement supportent mal l'hospitalisation qui est d'autant plus efficace qu'elle est plus courte.

Ceci amène à repenser le rôle du chef de service : celui-ci n'est pas, dans ce type de service, un dirigeant autoritaire et le personnel médical a une très grande autonomie : c'est l'urgence qui l'impose.

Lorsqu'une infirmière ou un externe s'aperçoivent qu'un malade a un arrêt cardiaque, ou un arrêt respiratoire, il ne s'agit pas d'alerter la hiérarchie pour que le plus compétent vienne soigner, lorsqu'il arrivera le malade sera mort, mais il faut faire soi-même tout de suite pour le mieux.

Beaucoup de temps est évidemment perdu à régler des problèmes de personnes, étudier ensemble les difficultés multiples : c'est un rôle modeste, effacé, ingrat aussi, mais il s'agit de savoir si la médecine est faite pour les médecins, l'hôpital, l'administration hospitalière ou pour les malades.

Il est certain qu'organiser une équipe pour qu'elle soigne au mieux les malades est plus utile que bien d'autres activités plus gratifiantes.

V - L'EQUIPE HOSPITALIERE : L'INSTITUTION

Mais les médecins ne sont pas seuls à soigner dans un service d'urgence médicale. Tout le personnel a un rôle fondamental.

Les infirmières sont au premier plan : elles sont permanentes dans un service où tous les six mois internes et externes changent. Et la nuit, lorsque les médecins de service sont absents elles sont parfois plus compétentes sur le traitement à donner dont elles ont l'habitude, que l'équipe médicale.

Par ailleurs, elles sont souvent les seules à connaître les techniques de soins : faire une intraveineuse difficile, équilibrer une diurèse forcée, faire une ponction intra-artérielle sont des actes connus par les infirmières ayant une certaine ancienneté.

Leur responsabilité est croissante, leur surmenage ne l'est pas moins, une collaboration la plus étroite possible est nécessaire.

La nuit, elles ont à faire face :

- à des problèmes administratifs : recevoir les malades, faire l'inventaire de ce qu'ils ont,
- à des problèmes médicaux : pour les traitements qui sont parfois longs : une hémorragie digestive nécessite une heure de soins,
- faire face à des troubles du comportement : calmer un malade.

Deux infirmières, la nuit dans un office d'urgence où il y a quarante malades en moyenne, avec dix et parfois vingt couchettes en plus est une gageure.

Les horaires s'établissent de la façon suivante :

- 6 après-midi : 14 h. - 21 h. 30
- 1 jour de repos
- 6 matins : 6 h.30 - 14 h.
- 1 jour de repos
- 6 après-midi : 14 h. - 21h. 30
- 1 jour de repos
- 6 matins : 6 h.30 - 14 h.
- 2 jours de repos -un week-end-
- 7 nuits : 21 h.30 - 6 h.30
- 1 jour de repos

Ces horaires imposent les remarques suivantes :

- horaires variable d'une semaine sur l'autre avec un décalage d'un jour par semaine,
- un seul jour de repos par semaine,
- un seul week-end toutes les cinq semaines.

Ces horaires exigent que l'infirmière soit célibataire, ou du moins, il est difficile à une femme mariée et de surcroît mère de famille, d'assurer son travail à N 1 (chevauchement de ses horaires avec ceux de son mari, difficulté de consacrer du temps à ses enfants, en particulier pendant la semaine de nuit, la mère partant au travail peu après le retour des enfants de l'école et arrivant le matin après le départ de ces derniers).

Ce changement d'horaire tous les six jours, ne permet pas à l'organisme, pendant ce court laps de temps, de s'habituer à ces variations. En particulier, l'adaptation à travailler la nuit, demande deux à trois nuits pour que le rythme s'établisse, de surcroît il est difficile de dormir le matin (rythme nyctéméral perturbé, bruits environnants).

Il reste peu de temps pour les loisirs, en effet un seul week-end, tous les quarante jours et impossibilité d'avoir une activité extraprofessionnelle régulière, du fait du changement d'horaire toutes les semaines.

Conscients de ces difficultés, les hospices civils de Lyon ont instauré un système de primes pour les gardes de nuit et de Week-end. Système défaillant pour trois raisons : premièrement, primes pas assez élevées, deuxièmement n'indemnisant pas le changement d'horaire d'une semaine sur l'autre, troisièmement, un jour de repos supplémentaire serait plus bénéfique, mais exigerait un personnel plus nombreux.

Ces problèmes d'horaires ne sont malheureusement pas les seuls, le travail de l'infirmière du service médical d'urgence, étant varié et plus important que dans un autre service. En effet l'infirmière doit :

- assurer les soins infirmiers comme dans tous les autres services,
- préparer et surveiller les perfusions,
- faire toilette et nursing, surtout chez les comateux,
- accueillir les malades,
- s'entretenir avec les proches du malade : rapports toujours difficiles dans le cadre de l'urgence,
- nettoyer les malades, parfois repoussants : vagabonds couverts de vermine, malades vomissants, malades incontinents,
- faire les bons de médicaments et d'examen complémentaires,
- faire son travail sans aide supplémentaire même lorsqu'on a rajouté des couchettes dans le couloir,

- répondre au téléphone : pour les résultats de la pharmacie, pour les appels des familles : le téléphone se trouvant dans la salle de soins. Il faut être resté une journée au Service Médical d'Urgence pour se rendre compte du grand nombre d'appels téléphoniques qu'il y a, surtout entre 18 et 21 heures, heures correspondant à la période d'activité maximum du service.

En plus d'un travail fatigant, parfois repoussant, on leur demande une bonne formation technique, ceci est important, car la majorité des infirmières du Service Médical d'Urgence, sont des jeunes que cette haute technicité rebute au départ.

Le recrutement est difficile, face aux nombreux problèmes, qui se posent à l'infirmière d'urgence (horaires, soins, technicité).

Il est évident que le Service Médical d'Urgence est peu choisi par les infirmières débutantes, et souvent, sinon toujours, le placement est fait d'office pour deux ans, la majorité des infirmières demande, alors leur mutation pour des services plus calmes.

Y-a-t-il des solutions à ce problème ?

Une des solutions les plus logiques serait d'augmenter le nombre des infirmières. Ce fait aurait pour conséquence d'améliorer le tour de garde en donnant au moins deux jours de repos, par semaine, et d'augmenter le nombre de week-end de liberté (actuellement un toutes les cinq semaines).

Cette augmentation du nombre d'infirmières permettrait d'insituer un tour d'astreinte, fort utile lors de l'absence d'une infirmière pour maladie, par exemple.

Avec un horaire plus régulier et davantage de repos, il y aurait des infirmières mariées, donc en général anciennes du service, expérimentées, ce qui permettrait aux jeunes infirmières d'apprendre leur métier dans des conditions meilleures.

Du fait de la pénurie relative des infirmières, une solution plus pratique serait d'augmenter les primes, malheureusement l'une comme l'autre de ces solutions entraînerait des frais supplémentaires.

Malgré toutes ces difficultés, le travail au Service Médical d'Urgence est enrichissant ; en effet :

- une jeune infirmière est tout de suite placée face à ses responsabilités surtout en période d'activité intense,

- l'infirmière du Service Médical d'Urgence pratique des gestes médicaux, qu'elle ne ferait pas dans un autre service,
- elle constate que l'effort fourni est payant lorsqu'un malade, arrivé mal en point, repart sur ses pieds deux jours après,
- elle est, comme elle ne le sera jamais dans un autre service, très proche de l'équipe médicale, au moment de l'urgence, comme lors des réunions médicales hebdomadaires du service auxquelles elles sont toutes invitées.

Parmi les infirmières, trois ont un horaire régulier de jour et les dimanches de libres ; ce sont :

- une cheftaine major dont le rôle est d'assurer la bonne marche des différents pavillons d'urgence, au niveau du personnel soignant et de service, et d'établir le lien entre ces derniers et l'administration. Elle s'occupe également des mutations des malades en collaboration avec :
 - . une cheftaine d'office qui fait la liaison entre le personnel médical et infirmier,
 - . une infirmière psychiatrique.

Métier harassant, mais souvent enthousiasmant de l'infirmière du Service Médical d'Urgence ; il faudrait peu de chose (malheureusement de l'argent) pour permettre d'aplanir les plus graves difficultés.

Mais surtout, il y a un problème important : l'infirmière n'est plus une garde malade mais une technicienne de santé, souvent très spécialisée, elle a des études de base solide, de plus en plus, elles sont bachelières ; elle font deux actuellement trois ans d'études et leur situation économique et sociale n'est pas justifiée : il n'y a pas de service où l'on s'en rende mieux compte qu'au service d'urgence.

Mais le même effort est demandé avec des techniques plus simples aux aides-hospitalières, aux servants.

Un malade hospitalisé est traité par tout le monde : le médecin, les étudiants, le personnel hospitalier. Tout cet ensemble doit être formé pour le traitement des malades reçus dans un service d'urgence : c'est cette notion qui est formulée sous le nom "Institution thérapeutique".

Cette vérité est particulièrement nette pour les malades ayant des troubles du comportement :

- . devant un agité soyez violent, menaçant, attachez-le et il s'agit de plus en plus ; calmez-le, parlez-lui, laissez-lui une autonomie : son agitation disparaîtra.

Mais il faut une technique pour aboutir à ce résultat et du temps, et c'est le manque de l'un et de l'autre qui nous oblige à attacher le malade.

Il faut se représenter un office de 45 lits avec la nuit une dizaine de personnes qui travaillent, l'arrivée à huit heures environ d'une vingtaine de malades, venus accompagnés par leur famille, certains délirants, d'autres suffocants, d'autres vomissant parfois du sang, pour comprendre que dans une telle ambiance il n'est pas possible d'exiger de l'ordre.

Il faut aussi comprendre, le sang froid, la maîtrise de soi que représente le travail dans ces conditions.

Il faut reconnaître l'effort, le dévouement de tout le personnel et alors comprendre combien peut être mal tolérée une réprimande de la hiérarchie administrative de l'hôpital certes, justifiée en soi, mais qui doit être replacée dans son contexte.

VI - L'ACCUEIL

L'efficacité d'un service d'urgence est réalisée moitié par les soins donnés, moitié par l'accueil reçu.

Tout malade qui arrive est angoissé, il doit donc être pris en charge, calmé, traité et c'est relativement facile.

Mais il faut penser aux familles et il est facile de comprendre l'état du vieil homme, du fils qui rentrant chez lui trouve la mère sans connaissance venant d'avoir une attaque ; l'époux ou le père qui trouve sa fille sans connaissance venant d'absorber un tube de barbiturique. L'affolement et le désarroi de ces sujets doivent être compris et traiter aussi.

La coopération des familles à l'aide de soins est fondamentale pour de multiples raisons :

- c'est la famille seule qui peut donner des renseignements sur la santé des malades inconscients : elle donnera un avis précieux complétant l'opinion du malade psychiatrique,
- c'est la famille seule qui peut aller chez elle faire une visite pour rechercher le tube caché, la fuite de gaz qui explique une intoxication,
- c'est avec la famille que doivent être traités les malades ayant des troubles de la relation,
- c'est la famille qui oeuvre pour sortir le malade, le reprendre ou l'aider à lui trouver un lieu de convalescence.

Plus la famille est coopérative, plus le fonctionnement du service est facilité ; mieux la famille est accueillie et renseignée, plus elle sera coopérative.

Mais le problème familial a une importance dans la thérapeutique : un homme tente de se suicider parce que sa femme veut le quitter, une fille peut de même penser que ses parents l'empêchent de sortir : il y a un problème de psychiatrie concernant ce comportement du malade et sa relation avec l'entourage. Certes intervient la psychothérapie du malade, mais si on traite à la fois les deux conjoints ou parents et enfants, le résultat est infiniment meilleur.

Qu'est-ce que traiter ?

- C'est comprendre le problème psychologique qui se pose en fonction de la personnalité des sujets ; la psychiatrie est formée à ce diagnostic,
- c'est faire comprendre ces éléments au tenant de la relation pathologique et les aider à trouver une solution ; c'est évidemment les intéressés seuls qui doivent trouver cette solution ; le médecin ne doit jamais être un moralisateur, ce n'est pas son rôle, il faut comprendre le malade et l'aider.

VII - RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR

Aucun service n'est plus ouvert vers l'extérieur, aucun service ne comprend mieux la place de la médecine dans la société, le rôle de la sociologie médicale et de la médecine sociale : ces deux noms n'étant pas synonymes.

Qui amène les malades au service d'urgence ?

- la police d'abord : 40 % des entrées d'après une étude statistique faite il y a 6 ans,
- les pompiers représentent le service de Protection Civile
- les ambulanciers

Tous ont un problème, le principal étant d'éviter les pertes de temps. Tout doit être fait pour les aider, mais il faut aussi qu'ils collaborent à l'activité du service.

Des réunions entre les différents services et les responsables de l'urgence médicale sont indispensables pour que chacun expose ses griefs, ses désirs et que l'on harmonise les points de vue.

Comment vont sortir les malades ?

- certains par mutation dans les services des Hospices Civils,

- d'autres dans des organisations hospitalières différentes : hôpital psychiatrique, maison de santé privée, clinique, hospice, maison de retraite.

- beaucoup rentrent chez eux mais doivent être surveillés par le dispensaire ou le juge des enfants ou la sauvegarde de l'enfance.

C'est dire la complexité du réseau qui doit être mis en oeuvre pour faciliter cette sortie.

Aussi une équipe sociale est indispensable : l'assistante sociale plein temps des Hospices a une lourde tâche et doit en outre coordonner l'activité de l'équipe sociale.

La Mutuelle des Assistantes Sociales (D.A.S.S.) a mis à la disposition du service une assistante sociale, un travailleur social, deux éducatrices.

Enfin, une éducatrice dépend des Hospices Civils et apporte une contribution utile.

Beaucoup de malades du pavillon N 1 n'ont pas besoin de lits pour être traités ; mais leur trouble du comportement, chez les vietnamiens par exemple, nécessite une prise en charge toute la journée ; les infirmières sont aussi formées à ce rôle et elles ont tellement de travail de soins qu'elles ne peuvent s'en occuper.

C'est l'intérêt d'avoir, en permanence, une équipe d'éducateurs ou des infirmières ayant une qualification psychologique d'une part, un local de réunion d'autre part, pour occuper, et en les occupant, mieux connaître (donc diagnostiquer) et voir ce que peuvent faire (donc traiter) ces malades.

L'administration hospitalière est directement intéressée au fonctionnement d'un service de ce type : l'activité est inhabituelle mais représente une évolution dont l'intérêt n'échappe pas ; ces services ont une place importante dans la représentation des Hospices Civils de Lyon.

Mais le pavillon N a en tout 164 lits où travaillent plus de 300 personnes

- 26 médecins
- 15 internes
- 114 externes
- 78 infirmières
- 80 : personnel

Peut-on imaginer une clinique privée, une organisation de soins de ce type qui n'aurait pas des responsables administratifs.

Une cheftaine major ne peut faire face à ce travail même aidée, aussi le travail administratif revient-il aux médecins qui ont déjà trop à faire et le font mal.

Il est certain qu'un responsable administratif du pavillon N aurait un intérêt évident dans le fonctionnement et faciliterait de nombreux problèmes.

VIII - SITUATION ACTUELLE ET AVENIR

Beaucoup de difficultés, mais surtout de petits problèmes de tous les jours, petits incidents qui serèglent la plupart du temps rapidement, grâce à la bonne volonté de chacun.

En 1971, un changement s'est effectué au service médical d'urgence des Hospices civils de LYON, puisque l'ancien service du pavillon P s'est divisé en trois :

- La réanimation au sous-sol devient un service bien équipé avec un personnel ayant une formation très spécialisée.
- Le service N 1, bien qu'accueillant toutes les urgences médicales, a une vocation toxicologique et psychiatrique.
- Le service N bis recevant toutes les urgences de médecine générale.

Cette orientation du pavillon N 1 a permis de mettre sur pied 3 équipes :

- une équipe de médecine générale (Professeur agrégé PALIARD)
- une équipe psychiatrique (Professeur COLIN, Professeur Agrégé VEDRINNE)
- une équipe toxicologique (Professeur ROCHE)

Ces trois équipes spécialisées travaillent cependant en symbiose chacune apportant à l'autre le fruit de son expérience.

Cette division de l'urgence en trois services a permis également de doubler le nombre de lits par rapport au pavillon P, puisqu'entre 1970 et 1971, l'effectif des lits est passé de 81 à 164.

Le service médical d'urgence est-il un service de soins urgents ou un centre de triage orientant les malades dans les différents pavillons spécialisés ? En fait, il est les deux, assurant les soins urgents nécessités par l'état du malade puisqu'un certain nombre d'entre eux (35 à 40 %) repartent directement chez eux, assurant les mutations des malades vers les services spécialisés, plus aptes à pratiquer un bilan complet et des soins à long court.

Les perspectives d'avenir du Service Médical d'Urgence l'orientent-elles vers de petits centres d'urgences disséminés dans toute la région, ou vers un centre important dans les centres hospitaliers universitaires, avec des moyens techniques très poussés ?

Les petits centres, bien que sous équipés, permettent de sauver des vies humaines, par leur intervention rapide alors que le transport du malade vers un centre hospitalier universitaire n'aurait pu qu'aggraver son état. Par contre, il est difficile à ces petits centres d'être équipés d'unité de soins intensifs, avec matériel monitoring moderne et du personnel qualifié. En revanche, quel intérêt à avoir des lits bien équipés, pour recevoir l'urgence, si les malades s'aggravent, ou meurent dans l'ambulance, sur le chemin de l'hôpital.

Le problème du ramassage et du transport du malade est difficile, un malaise sur la voie publique pouvant être aussi bien une simple lipothymie, qu'un infarctus du myocarde. Pour pallier à celà, il faudrait des ambulances équipées de matériel de réanimation, d'un interne, d'infirmières, pouvant arriver rapidement sur les lieux, ce qui n'est pas toujours le cas dans une grande ville.

Une telle réanimation, pour être valable nécessiterait plusieurs équipes, de nombreuses ambulances, ce qui ne va pas sans problèmes d'argent qui, comme chacun le sait, sont difficiles à résoudre.

A LYON, depuis longtemps, les Hospices Civils de LYON, ont envisagé un grand hôpital d'urgence : l'hôpital Antoine CHARRIAL, entre l'hôpital neurologique et l'hôpital cardiologique, cet hôpital accueillerait aussi bien les urgences médicales que chirurgicales.

Acutllement, les Hospices Civils de LYON s'orientent plus vers la multiplication des services médicaux d'urgences, dans les différents hôpitaux existants. Dans cet optique, un service médical d'urgence va être créé prochainement à l'hôpital Jules Courmont. Cette création permettra de traiter les urgences de toute la banlieue Sud-Ouest de LYON, son accès en sera facilité par la réalisation de la rocade ouest de dégagement venant de l'autoroute A 6 de DARDILLY pour rejoindre à PIERRE-BENITE, l'autoroute A 7.

C O N C L U S I O N S

Cette description montre la complexité de ce service hospitalier mais elle prouve aussi que de nombreuses solutions originales ont été trouvées pour résoudre les problèmes posés.

Toutes les réflexions de l'équipe du pavillon N 1 ont toujours été centrées par un seul problème "Que faut-il faire dans l'intérêt du malade ?".

Que les solutions soient parfois difficiles :

- il est plus agréable au médecin de soigner de beaux malades et de faire des recherches scientifiques que d'examiner des ivrognes à la recherche d'une fracture méconnue,
- il est plus agréable pour l'administration hospitalière d'avoir un service bien en ordre, bien propre que l'on peut faire visiter avec satisfaction,
- il est plus agréable pour le personnel d'avoir une activité régulière, limitée, avoir des facilités pour s'absenter éventuellement une soirée, un week-end.

L'enjeu est important, car l'ensemble des hôpitaux est essentiellement jugé d'après sa façon d'accueillir et de traiter les urgences d'après la rapidité et la qualité des soins en pareil cas.

On peut conclure en rappelant ce qui a été dit plus haut :

- le seul but de la médecine, de l'hôpital est de soigner les malades.

Le Président de la Thèse,

Pr. ROCHE

VU, le Directeur de l'U.E.R.
Grange-Blanche,

D. GERMAIN

VU, et permis d'imprimer,
LYON, le 20 novembre 1972

Le Président de l'Université Claude Bernard
Pour le Président, le Premier Vice-Président,
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales,

R. TOURAINE

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - BARLET P. -
La psychiatrie au service d'urgence médicale des Hospices Civils de LYON.
Thèse LYON 1969
- 2 - BARRAL C. -
Les intoxications. Aspects épidémiologique et étiologiques.
Thèse LYON 1970
- 3 - BOURRAT L. -
Le centre de pathologie toxique et service d'urgence du Professeur ROCHE.
Incidences neuropsychiatriques.
Revue lyonnaise de médecine II n ° 5 - 1962
- 4 - COLIN M., VEDRINNE J., GONIN D., BOTTA J.M., BARLET P., DO J.P. -
Le service d'urgence psychiatrique.
Journal de Médecine de LYON - 1971, 1215
- 5 - DEVOLFE M.-
Secours et soins d'urgence
Union hospitalière du Sud-Est - Mai 1972
- 6 - DRAPIER M. -
Secours et soins d'urgence
Union hospitalière du Sud-Est - Mai 1972/
- 7 - GRIVOIS H. -
L'urgence psychiatrique au service d'urgence médical des hospices civils
de LYON.
Thèse LYON 1971
- 9 - POROT M, DUCLAUX B., COUDERT A.J. -
Les besoins psychiatriques des hôpitaux généraux.
Concours médical. 1972 - 94-36

10 - ROCHE L. -

Le centre de pathologie toxique lyonnais.

LYON médical - 1962 - 26

11 - ROCHE L., SITE J., VERBORG R. -

Le service d'urgence médicale des Hospices Civils de LYON.

Masson Ed. 1967

12 - VEDRINNE J.-

Intoxication aigue volontaire

Masson Ed. 1965

T A B L E D E S M A T I E R E S

INTRODUCTION

CHAPITRE I : Historique

CHAPITRE II : Organisation du Service Médical d'Urgence

- Principaux services d'urgence
- Services annexes
- Fonctionnement de N 1

CHAPITRE III : Etude statistique

- Introduction
- Etude des différentes catégories d'urgence :
 - . Tentatives de suicide
 - . Intoxications
 - . Ivresse
 - . Toxicologie
 - . Malades psychiatriques
 - . Malades médicaux purs

CHAPITRE IV : Problèmes posés au Service Médical d'Urgence en 1971

- L'urgence médicale
- La psychiatrie à l'hôpital général
- Formation des étudiants
- Collaboration des différentes équipes médicales
- L'équipe hospitalière : Institution
- Accueil
- Relation avec l'extérieur
- Situation actuelle et avenir de l'urgence médicale

CONCLUSIONS

BILBIOGRAPHIE

